

APPLICATION FOR ITALIAN ANTI – TUBERCULOSIS BENEFITS UNDER
 THE ITALY - CANADA INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY AGREEMENT
 DOMANDA DI PRESTAZIONI ECONOMICHE ANTITUBERCOLARI ITALIANE IN VIRTÙ
 DELL'ACCORDO INTERNAZIONALE DI SICUREZZA SOCIALE ITALO-CANADESE

TOTALIZATION OF INSURANCE PERIODS
 TOTALIZZAZIONE DEI PERIODI CONTRIBUTIVI

SUBMISSION OF MEDICAL CERTIFICATES
 TRASMISSIONE CERTIFICAZIONI MEDICHE

FOR CANADA
 PER IL CANADA

To be completed by service Canada only
 Spazio riservato all'Ufficio competente canadese

Date of receipt
 Data di ricezione _____

Stamp and date
 Timbro e data _____

**SECTION I - APPLICATION FOR ITALIAN ANTI-TUBERCULOSIS BENEFITS UNDER THE
 ITALY-CANADA INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY AGREEMENT**
(The insured person or his/her family member must fill in this application)

**SEZIONE I - DOMANDA DI PRESTAZIONI ECONOMICHE ANTITUBERCOLARI ITALIANE IN VIRTÙ
 DELL'ACCORDO INTERNAZIONALE DI SICUREZZA SOCIALE ITALO-CANADESE**
(Da compilarsi a cura del richiedente beneficiario assicurato o familiare dell'assicurato)

1. INFORMATION ABOUT THE INSURED PERSON - DATI ANAGRAFICI DELL'ASSICURATO
(If you're applying and you are a family member, please give the insured person's details) - (da compilare anche nel caso di domanda presentata dal familiare)

Family name
 Cognome _____

Name
 Nome _____

Maiden name
 Cognome di nascita _____

Male
 Maschio Female
 Femmina

Italian personal identification number (fiscal code)
 Numero di identificazione personale italiano (Codice Fiscale) _____

Canadian social insurance number
 Numero di assicurazione sociale canadese _____

Date of birth (dd/mm/yyyy)
 Data di nascita (gg/mm/aaaa) _____

Place of birth (Town, Village - Province or Territory - Country)
 Luogo di nascita (Città o Paese - Provincia o Territorio - Stato) _____

Place of residence (Town, Village - Province or Territory - Country)
 Luogo di residenza (Città o Paese - Provincia o Territorio - Stato) _____

Address _____ n. _____ Postal code
 Indirizzo _____ Codice postale _____

Marital status
 Stato civile

Single
 Celibe/Nubile Married
 Coniugato/a Partner in civil union
 Unito civilmente Common-law partner
 Convivente de facto Widow/er
 Vedovo/a

Surviving civil partner
 Vedovo/a da unione civile Divorced
 Divorziato/a Separated
 Separato/a Separated from registered partnership
 Separato/a civilmente

2. PERSONAL DATA OF THE FAMILY MEMBER WHO IS CLAIMING BENEFITS - DATI ANAGRAFICI DEL FAMILIARE RICHIEDENTE

NOTE - Eligible family members: spouse/partner in civil union (no age limit and regardless of whether they are cohabiting), children (up to the age of 21 and children under 26 if they stay in education) children who are unable to work because of disability (no age limit), dependent brothers and/or sisters (up to the age of 21 or under 26 if they stay in education), dependent brothers and sisters with permanent disabilities (no age limit), dependent parents aged more than 60 (father) or more than 55 (mother).

NOTA - I familiari aventi diritto alla tutela previdenziale sono: il coniuge/partner unito civilmente (art. 1, comma 20, della legge 20 maggio 2016, n. 76), senza alcuna limitazione di età e di convivenza; i figli, fino al 21° anno di età e comunque non oltre il 26° anno se studenti universitari e a carico dell'assicurato; i figli permanentemente inabili al lavoro senza limiti di età; i fratelli, le sorelle a carico fino al 210 anno di età e comunque non oltre il 260 anno se studenti universitari; i fratelli, le sorelle a carico a prescindere dall'età, se permanentemente inabili; i genitori viventi a carico, purché abbiano superato i 60 anni di età per l'uomo ed i 55 anni per la donna.

Family name
Cognome -----

Name
Nome -----

Birth surname
Cognome di nascita -----

Male
Maschio

Female
Femmina

Italian personal identification number (fiscal code)
Numero di identificazione personale italiano (Codice Fiscale) -----

Canadian social insurance number
Numero di assicurazione sociale canadese -----

Date of birth (dd/mm/yyyy)
Data di nascita (gg/mm/aaaa) -----

Place of birth (Town, Village - Province or Territory - Country)
Luogo di nascita (Città o Paese - Provincia o Territorio - Stato) -----

Place of residence (Town, Village - Province or Territory - Country)
Luogo di residenza (Città o Paese - Provincia o Territorio - Stato) -----

Address ----- n. ----- Postal code
Indirizzo ----- n. ----- Codice postale -----

Marital status (to be completed if the insured person's spouse/partner in civil union is claiming benefits)
Stato civile (da compilare solo in caso di prestazione richiesta dal coniuge/partner unito civilmente dell'assicurato)

Married
Coniugato/a

Partner in civil union
Partner unito civilmente

Date of marriage/registered partnership (dd/mm/yyyy)
Data del matrimonio/dell'unione civile (gg/mm/aaaa) -----

3. YOU ARE CLAIMING COMPENSATION FOR - TIPO DI INDENNITÀ RICHIESTA

(please tick the appropriate box) - (contrassegnare con x l'apposita casella)

DAILY ALLOWANCE - INDENNITÀ GIORNALIERA(IG)

Please attach medical documentation or health record of TB disease

NOTE - Employees are not eligible if they are on paid leave. If you are eligible, you can claim TB benefits as soon as the illness occurs. You can apply for TB benefits from the first day of your illness within 5 years of becoming ill. You qualify for such benefit if you submit medical documentation about TB treatment on a monthly basis. Your benefit stops on the date of recovery/stabilization (provided that you were on unpaid leave and received adequate medical treatment in a hospital or clinic for at least 60 days) and you may qualify for "Post-sanatorium" compensation. This compensation is paid for 24 months. You have to submit your stabilization certificate and a written confirmation of unpaid leave from your employer.

Allegare documentazione sanitaria comprovante l'insorgere della malattia del soggetto per il quale si richiede la prestazione

NOTA - L'indennità non spetta nel caso in cui il lavoratore beneficiario della prestazione percepisca la retribuzione per il periodo di assenza dal lavoro. Il diritto all'indennità decorre dal giorno dell'inizio della malattia tubercolare e si prescrive nel termine di cinque anni. Per continuare a godere dell'indennità è necessario presentare con cadenza mensile la relazione medica sull'andamento della malattia. Dalla data della guarigione/stabilizzazione, a condizione che risultino almeno 60 giorni di cura (ricovero o cura ambulatoriale) e che durante il periodo di cura l'assistito non abbia svolto attività lavorativa, si ha diritto alla Indennità post sanatoriale per i successivi 24 mesi. A tal fine devono essere prodotti: certificato di stabilizzazione e dichiarazione di astensione dal lavoro durante il periodo di cura.

TREATMENT AND RECOVERY ALLOWANCE - ASSEGNO DI CURA E SOSTENTAMENTO (ACS)

Please attach documentation of medical work capacity evaluation

NOTE - ACS Certificate Requirements: personal details (Name, Surname, Place and date of birth, Place of residence of the patient) - Date of discharge from hospital/clinic after recovery or stabilization - Employment status - Medical report (reduced work capacity due to TB disease). You are eligible if you are assessed as less than 50% level of work capacity. Benefits are paid up to 24 months but you could get an extension of benefits if you still meet the necessary requirements.

Allegare certificazione relativa alla riduzione della capacità lavorativa

NOTA - I certificati per ACS devono contenere i seguenti elementi: nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza, data di dimissione dal luogo di cura per guarigione o stabilizzazione; attività svolta nella vita lavorativa; giudizio medico legale in merito alla eventuale riduzione della capacità di guadagno in relazione alla malattia tubercolare. La prestazione è riconosciuta in caso di ridotta capacità lavorativa a meno del 50%. Dura fino a 24 mesi ma se permangono i requisiti è rinnovabile.

4. BENEFICIARY - BENEFICIARI

INSURED PERSON
ASSICURATO

SPOUSE/PARTNER IN CIVIL UNION
CONIUGE/PARTNER UNITO CIVILMENTE

FAMILY MEMBER
FAMILIARE

THE BENEFICIARY IS AN ACTIVE PERSON ON UNPAID LEAVE (please tick in case of entitlement to IG – Compensation on daily basis)
IL BENEFICIARIO LAVORATORE DICHIARA DI NON PERCEPIRE RETRIBUZIONE (contrassegnare in caso di IG)

Complete this section if you're applying and you are a family member or spouse/partner in civil union.

Da compilare se le prestazioni sono richieste dal coniuge/partner unito civilmente o da altro familiare.

Surname and name Cognome e nome	Italian personal identification number (fiscal code) Numero di identificazione personale italiano (Codice Fiscale)	Relationship to the insured person Grado di parentela con l'assicurato	Date of birth dd/mm/yyyy Data di nascita gg/mm/aaaa	Indicate whether student or disabled(*) Indicare se studente o inabile(*)	Cohabiting Y/N Convivente S/N

* If disabled, submit medical certificate – if family members are students aged from 21 to 26 please submit certificate of school attendance (Please attach the Canadian form ISP 1401 "Declaration of attendance at school or university"). If attending a College or University, the certificate must show the date of enrollment at first year as well as the duration of the study course leading to a degree.

* Per familiari inabili allegare documentazione medica – per i familiari studenti dai 21 ai 26 anni allegare certificato di frequenza scolastica (Allegare il modulo canadese ISP 1401 "Dichiarazione di frequenza scolastica o universitaria"). Se si tratta di frequenza ad un College o ad una Università il certificato deve indicare la data di iscrizione al primo anno nonché la durata del corso legale di laurea.

**4.1 - IF YOU ARE CLAIMING TB BENEFITS FOR A FAMILY MEMBER OTHER THAN:
IN CASO DI RICHIESTA DI PRESTAZIONI PER UN FAMILIARE DIVERSO DA:**

- SPOUSE/PARTNER IN CIVIL UNION - CONIUGE/PARTNER UNITO CIVILMENTE
- CHILD UP TO THE AGE OF 21 - FIGLIO DI ETÀ INFERIORE A 21 ANNI
- DISABLED CHILD AGED MORE THAN 21 - FIGLIO DI ETÀ SUPERIORE AI 21 ANNI SE INABILE

PLEASE FILL IN THIS SECTION:
COMPILARE LA SEGUENTE SEZIONE:

DOES YOUR FAMILY MEMBER RECEIVE INCOME FROM EMPLOYMENT, SELF-EMPLOYMENT OR ANY OTHER SOURCES?
IL FAMILIARE PERCEPISCE REDDITI DERIVANTI DA LAVORO SUBORDINATO, DA LAVORO AUTONOMO O DA ALTRE FONTI?

YES
SI NO
NO

IF YES, COMPLETE THE SECTION BELOW WITH THE INCOME AMOUNT IN THE CURRENCY OF THE COUNTRY WHERE IT WAS EARNED:
IN CASO AFFERMATIVO, INDICARE L'IMPORTO DEI REDDITI E LA VALUTA DEL PAESE NEL QUALE VENGONO PRODOTTI:

TYPE OF INCOME TIPO DI REDDITO	FAMILY MEMBER FAMILIARE	PAYMENT PERIOD ANNO DI RIFERIMENTO
INCOME FROM EMPLOYMENT REDDITI DA LAVORO DIPENDENTE		Current year Anno corrente 20 _ _ _
		Previous year Anno precedente 20 _ _ _
INCOME FROM SELF-EMPLOYMENT, PROFESSIONAL OR BUSINESS INCOME REDDITI DA LAVORO AUTONOMO, PROFESSIONALE E DI PARTECIPAZIONE		Current year Anno corrente 20 _ _ _
		Previous year Anno precedente 20 _ _ _
RENTAL INCOME FROM HOME REDDITI DELLA CASA DI ABITAZIONE		Current year Anno corrente 20 _ _ _
		Previous year Anno precedente 20 _ _ _
PROPERTY <i>(except for the person's home)</i> AND RENTAL INCOME REDDITI DA IMMOBILI <i>(escluso il reddito della casa di abitazione)</i>		Current year Anno corrente 20 _ _ _
		Previous year Anno precedente 20 _ _ _
INCOME FROM CAPITAL GAINS REDDITI DA CAPITALE		Current year Anno corrente 20 _ _ _
		Previous year Anno precedente 20 _ _ _
INCOME FROM ARREARS REFERRING TO PREVIOUS YEARS <i>(except for severance pay and the relevant pre-payments and arrears)</i> REDDITI DA ARRETRATI RIFERITI AD ANNI PRECEDENTENTI <i>(esclusi i trattamenti di fine rapporto e le relative anticipazioni e competenze arretrate)</i>		Current year Anno corrente 20 _ _ _
		Previous year Anno precedente 20 _ _ _
INCOME FROM ANNUITIES REDDITI DA VITALIZI		Current year Anno corrente 20 _ _ _
		Previous year Anno precedente 20 _ _ _
INCOME FROM WELFARE ALLOWANCES REDDITI ASSISTENZIALI		Current year Anno corrente 20 _ _ _
		Previous year Anno precedente 20 _ _ _

**4.2 - DO FAMILY MEMBERS RECEIVE ANY OTHER SOCIAL SECURITY BENEFITS?
 I FAMILIARI PERCEPISCONO ALTRE PRESTAZIONI?**

YES
 SI

NO
 NO

IF YES, PLEASE INDICATE THE TYPE OF BENEFIT* AND THE RELEVANT AMOUNT IN THE CURRENCY** OF THE COUNTRY OF THE PAYING INSTITUTION:

NEL CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE IL TIPO DI PRESTAZIONE* E IL RELATIVO IMPORTO NELLA VALUTA** DEL PAESE DELL'ISTITUZIONE DEBITRICE:

FAMILY MEMBER FAMILIARE	BENEFITS PAID BY SERVICE CANADA*** PRESTAZIONI EROGATE DALL'ISTITUZIONE CANADESE***		BENEFITS PAID BY ITALIAN INSTITUTION*** PRESTAZIONI EROGATE DALL'ISTITUZIONE ITALIANA***		BENEFITS PAID BY OTHER COUNTRIES*** PRESTAZIONI EROGATE DA ALTRI PAESI (diversi da Canada e Italia) ***	
	*	**	*	**	*	**
	*	**	*	**	*	**
	*	**	*	**	*	**
	*	**	*	**	*	**
	*	**	*	**	*	**
	*	**	*	**	*	**
	*	**	*	**	*	**
	*	**	*	**	*	**
	*	**	*	**	*	**
	*	**	*	**	*	**

Calendar year of reference:
 Anno di riferimento: - - - - -

Effective date of payment:
 Data di decorrenza: - - - - -

Frequency of payment:
 Frequenza del pagamento:

Weekly Monthly Other
 Settimanale Mensile Altro

- * Type of benefit:**
- (a) - Remuneration in the event of sickness
 - (b) - Sickness insurance benefits for incapacity for work
 - (c) - Disability pension
 - (d) - Old age pension
 - (e) - Survivor's pension
 - (f) - Pension for accident at work or occupational disease
 - (g) - Unemployment benefit
 - (h) - Other (specify)

- * Tipo di prestazione:**
- (a) - Pagamento della retribuzione in caso di malattia
 - (b) - Indennità dell'assicurazione malattia
 - (c) - Pensione d'inabilità
 - (d) - Pensione di vecchiaia
 - (e) - Pensione ai superstiti
 - (f) - Rendita per infortunio sul lavoro o malattia professionale
 - (g) - Indennità di disoccupazione
 - (h) - Altro (specificare)

***NAME OF THE PAYING SOCIAL SECURITY INSTITUTION - NOME DELL'ISTITUZIONE DI SICUREZZA SOCIALE

Address
 Indirizzo

SECTION II - TOTALIZATION OF INSURANCE PERIODS (Including Canadian Old age coverage)

(For Service Canada use only)

SEZIONE II - TOTALIZZAZIONE DEI PERIODI CONTRIBUTIVI (compresi i periodi riferiti all'assicurazione Old Age)

(Riservato al Service Canada)

SECTION III - SUBMISSION OF MEDICAL CERTIFICATES

(Please provide information and attach medical certificates)

SEZIONE III - TRASMISSIONE CERTIFICAZIONI MEDICHE

(Si prega di fornire le informazioni e allegare i certificati)

Service Canada is submitting the relevant medical-legal certificate (according to Canadian legislation) in a sealed envelope, upon request of Italian institution:
Su richiesta dell'istituzione italiana si trasmette in busta chiusa la seguente documentazione avente valore medico legale ai fini della normativa canadese:

MEDICAL CERTIFICATE CONFIRMING WHEN THE PERIOD OF ILLNESS OCCURED
CERTIFICAZIONE ATTESTANTE L'INIZIO DELLA MALATTIA

MONTHLY REPORT
RELAZIONE MENSILE

RECOVERY/STABILIZATION CERTIFICATE
CERTIFICATO DI GUARIGIONE/STABILIZZAZIONE

SECTION IV - MANDATE FOR ASSISTANCE

SEZIONE IV - MANDATO DI ASSISTENZA

If you wish assistance from a Patronato, please complete the following:
Se desiderate assistenza da un Patronato completare la presente sezione:

I hereby, for the legal representation of the present application,
Il sottoscritto, per il patrocinio della presente domanda,

give
ha

do not give
non ha

mandate to the Patronato,
conferito mandato al Patronato,

I enclose a copy of the legal representation.
si allega una copia del mandato di patrocinio.

CANADIAN INSTITUTION DATA

DATI ISTITUZIONE CANADESE

Institution name
Denominazione

Address
Indirizzo

Postal code

Codice postale

Date (dd/mm/yyyy)

Data (gg/mm/aaaa) -----

Stamp

Timbro

Signature

Firma
